Reconnaître le handicap
GUIDE PRATIQUE

Avançons ensemble pour l'emploi des travailleurs handicapés

Les essentiels

Handicap & propreté

Formulaire RQTH : Mode d'emploi

Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

LE MONDE DE LA PROPRETÉ
Des acteurs engagés

Missions des MDPH* et CDAPH*

Les MDPH : un guichet d'accueil unique pour toutes les questions liées au handicap

Les Maisons Départementales de Personnes Handicapées ont été créées par la loi du 11 février 2005.

Elles exercent plusieurs missions :
> Accueil et information
> Accompagnement et conseil des personnes handicapées et de leur famille
> Sensibilisation de tous les citoyens au handicap

Les MDPH ont pour but d'assurer « l'aide nécessaire aux personnes en situation de handicap à la formulation de leur projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, l'accompagnement et les médiations que la mise en œuvre peut requérir ».
Cet accompagnement de la MDPH passe par plusieurs étapes :
1. Évaluation du handicap et des besoins de compensation en fonction du projet de vie.
2. Élaboration d'un plan personnalisé de compensation.
3. Exécution des décisions de la CDAPH.

Les CDAPH : l'organe décisionnaire au sein des MDPH

Les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ont également été créées par la loi du 11 février 2005.
Les CDAPH sont l'organe décisionnaire au sein des MDPH. Elles sont composées de représentants du Conseil Général, des services et des établissements publics de l'État, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'enfants handicapés et des représentants des personnes handicapées et de leurs familles.
Les CDAPH prennent toutes les décisions relatives aux aides pouvant être attribuées.

Les CDAPH sont compétentes pour :

- Reconnaître la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée (orientation vers le milieu ordinaire de travail ou vers le milieu protégé)
- L'attribution de la carte d'invalidité, carte prioritaire et carte de stationnement
- L'attribution de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) ainsi que de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

*MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Les 3 éléments du dossier

Le formulaire Cerfa

À remplir par l'intéressé

Le certificat médical

À remplir par le médecin du travail et/ou médecin traitant

Une notice explicative

Pour aider à renseigner le dossier

Exemple de dossier complété

- Les 3 premières pages de l'imprimé concernent des informations administratives sur la situation personnelle du salarié.
- Le dossier présenté est une saisie informatique en temps réel.
- Les champs rayés ne doivent pas être complétés dans le cadre de la demande de RQTH adulte.

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa N° 13788*01

Réinitialiser | Imprimer

Pour remplir ce formulaire correctement, vous devez disposer du logiciel Adobe Reader 9 ou supérieur.

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : ROBERT
Nom d'épouse ou nom d'usage :
Prénom(s) : Alain
Sexe : (•) Masculin ( ) Féminin
Nationalité : ( ) Française ( ) EEE ou Suisse ( ) Autre
Date de naissance : 29/10/1970
Lieu de naissance : Pays : FRANCE
Code postal : 71000
Commune : MACON
Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France :
N° de sécurité sociale ou NIR : 000000000000011
Nom de l'organisme de sécurité sociale : CPAM du Rhône
Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :
Le n° : Dans quel département ?

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

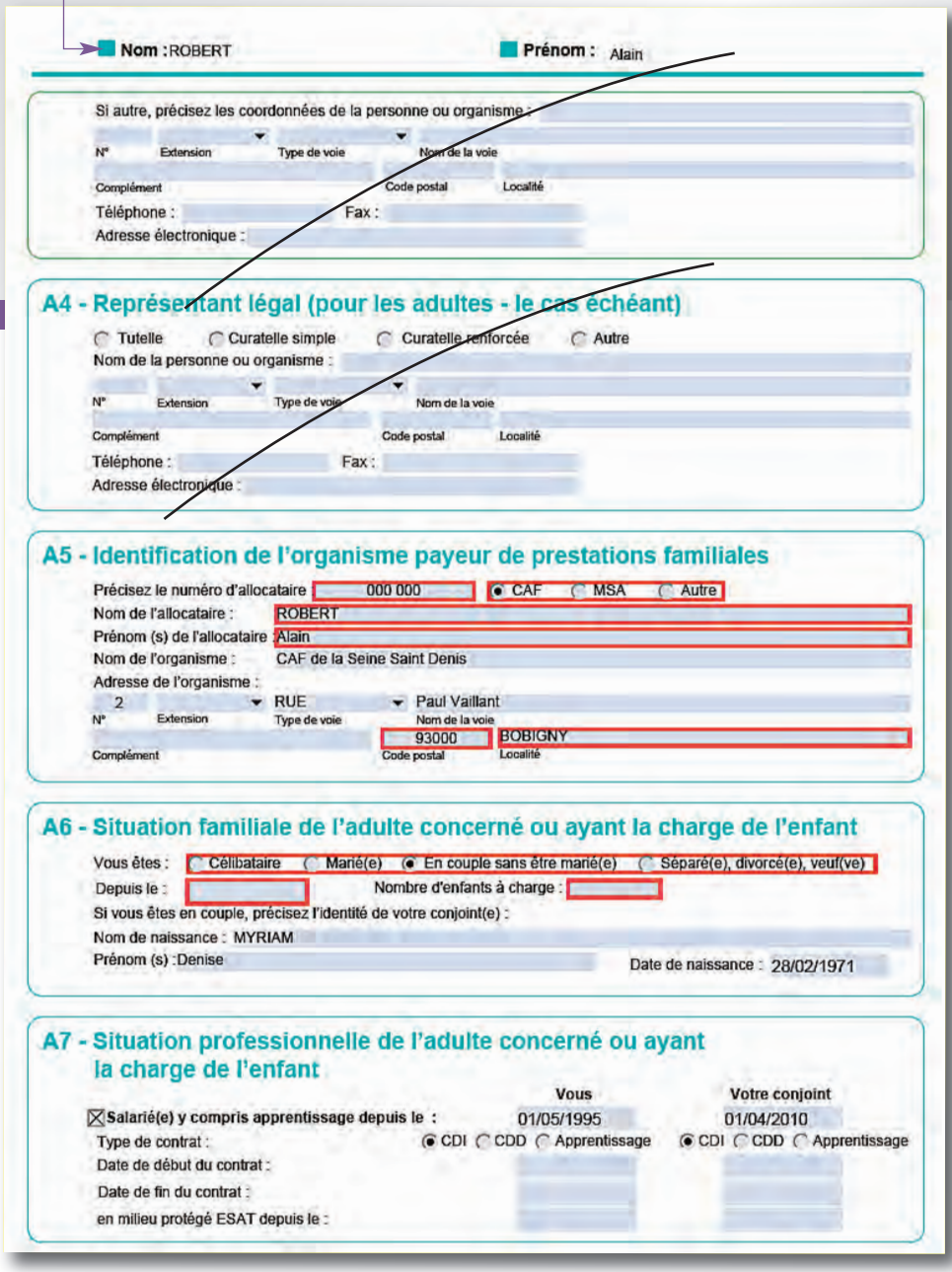
2 (N°) | Extension | RUE (Type de voie) | des Écoliers (Nom de la voie)
Complément | 93500 (Code postal) | AULNAY (Localité)
Téléphone : 0000000000 Fax :
Adresse électronique : xxxx@y.com
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel :

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Précisez qui détient l'autorité parentale : ( ) Mère ( ) Père ( ) Les deux ( ) Autre

	Mère	Père
Nom :		
Prénom (s) :		
N° et rue :	N° Nom de la voie	N° Nom de la voie
Complément d'adresse :		
Code postal :	Code postal	Code postal
Commune :	Localité	Localité
Téléphone :		
Fax :		
Adresse électronique :		

Ne pas oublier d'inscrire le nom et le prénom sur chaque page.



Nom : ROBERT Prénom : Alain

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme :

N° | Extension | Type de voie | Nom de la voie

Complément | Code postal | Localité

Téléphone : Fax :

Adresse électronique :

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

○ Tutelle ○ Curatelle simple ○ Curatelle renforcée ○ Autre

Nom de la personne ou organisme :

N° | Extension | Type de voie | Nom de la voie

Complément | Code postal | Localité

Téléphone : Fax :

Adresse électronique :

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : 000 000 ● CAF ○ MSA ○ Autre

Nom de l'allocataire : ROBERT

Prénom (s) de l'allocataire : Alain

Nom de l'organisme : CAF de la Seine Saint Denis

Adresse de l'organisme :

2 | Extension | RUE | Type de voie | Paul Vaillant | Nom de la voie

Complément | 93000 | Code postal | BOBIGNY | Localité

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : ○ Célibataire ○ Marié(e) ● En couple sans être marié(e) ○ Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : Nombre d'enfants à charge :

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

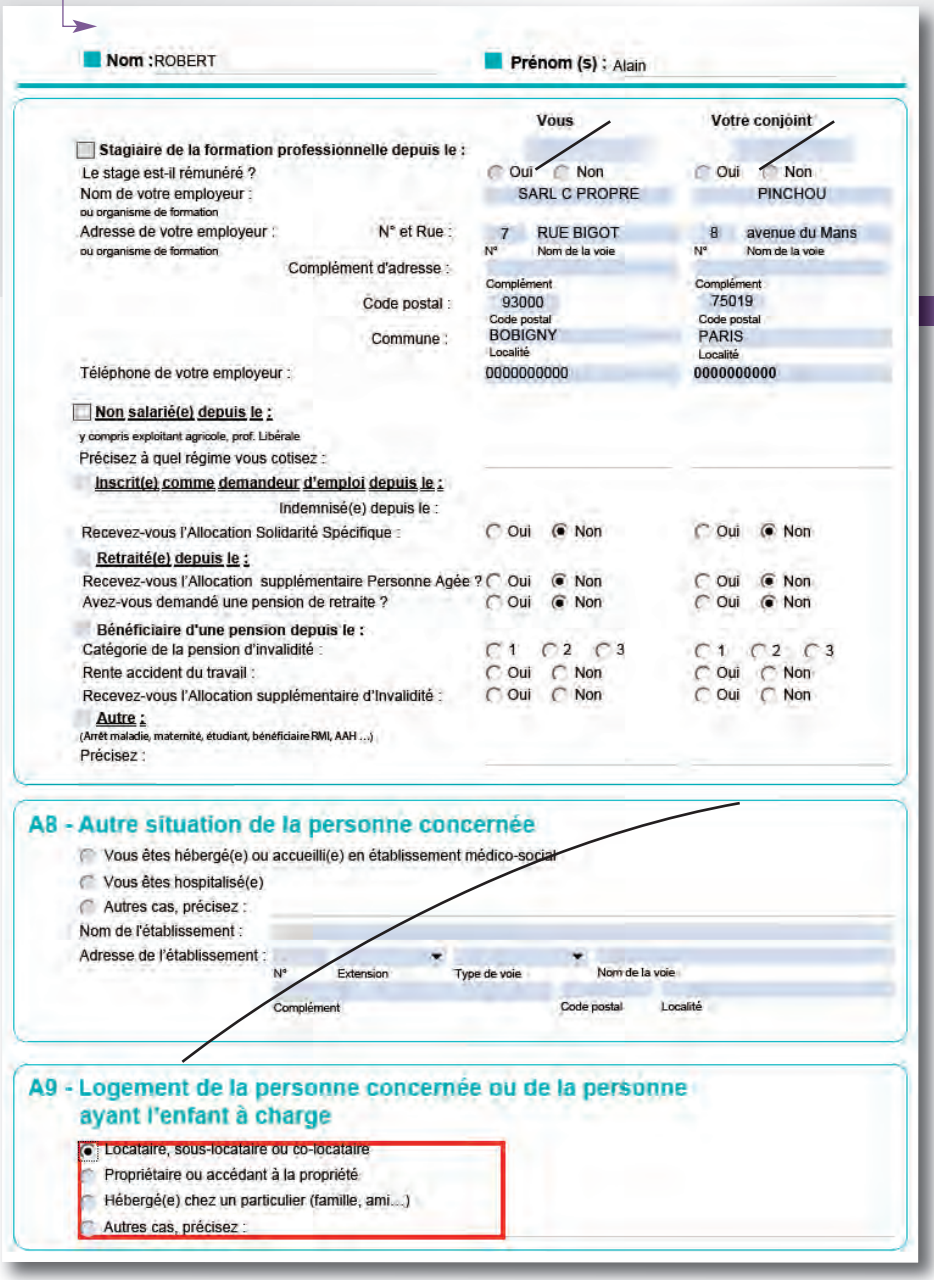
Nom de naissance : MYRIAM

Prénom (s) : Denise Date de naissance : 28/02/1971

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint
☒ Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	01/05/1995	01/04/2010
Type de contrat :	● CDI ○ CDD ○ Apprentissage	● CDI ○ CDD ○ Apprentissage
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

Ne pas oublier d'inscrire le nom et le prénom sur chaque page.



Nom : ROBERT **Prénom (s) :** Alain

	Vous	Votre conjoint
☐ **Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :**		
Le stage est-il rémunéré ?	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation	SARL C PROPRE	PINCHOU
Adresse de votre employeur : ou organisme de formation — N° et Rue :	7 RUE BIGOT	8 avenue du Mans
Complément d'adresse :		
Code postal :	93000	75019
Commune :	BOBIGNY	PARIS
Téléphone de votre employeur :	0000000000	0000000000
☐ **Non salarié(e) depuis le :** (y compris exploitant agricole, prof. Libérale)		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
☐ **Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :**		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique :	○ Oui ◉ Non	○ Oui ◉ Non
☐ **Retraité(e) depuis le :**		
Recevez-vous l'Allocation supplémentaire Personne Agée ?	○ Oui ◉ Non	○ Oui ◉ Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	○ Oui ◉ Non	○ Oui ◉ Non
☐ **Bénéficiaire d'une pension depuis le :**		
Catégorie de la pension d'invalidité :	○ 1 ○ 2 ○ 3	○ 1 ○ 2 ○ 3
Rente accident du travail :	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non
Recevez-vous l'Allocation supplémentaire d'Invalidité :	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non
☐ **Autre :** (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

A8 - Autre situation de la personne concernée

- ○ Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
- ○ Vous êtes hospitalisé(e)
- ○ Autres cas, précisez :

Nom de l'établissement :

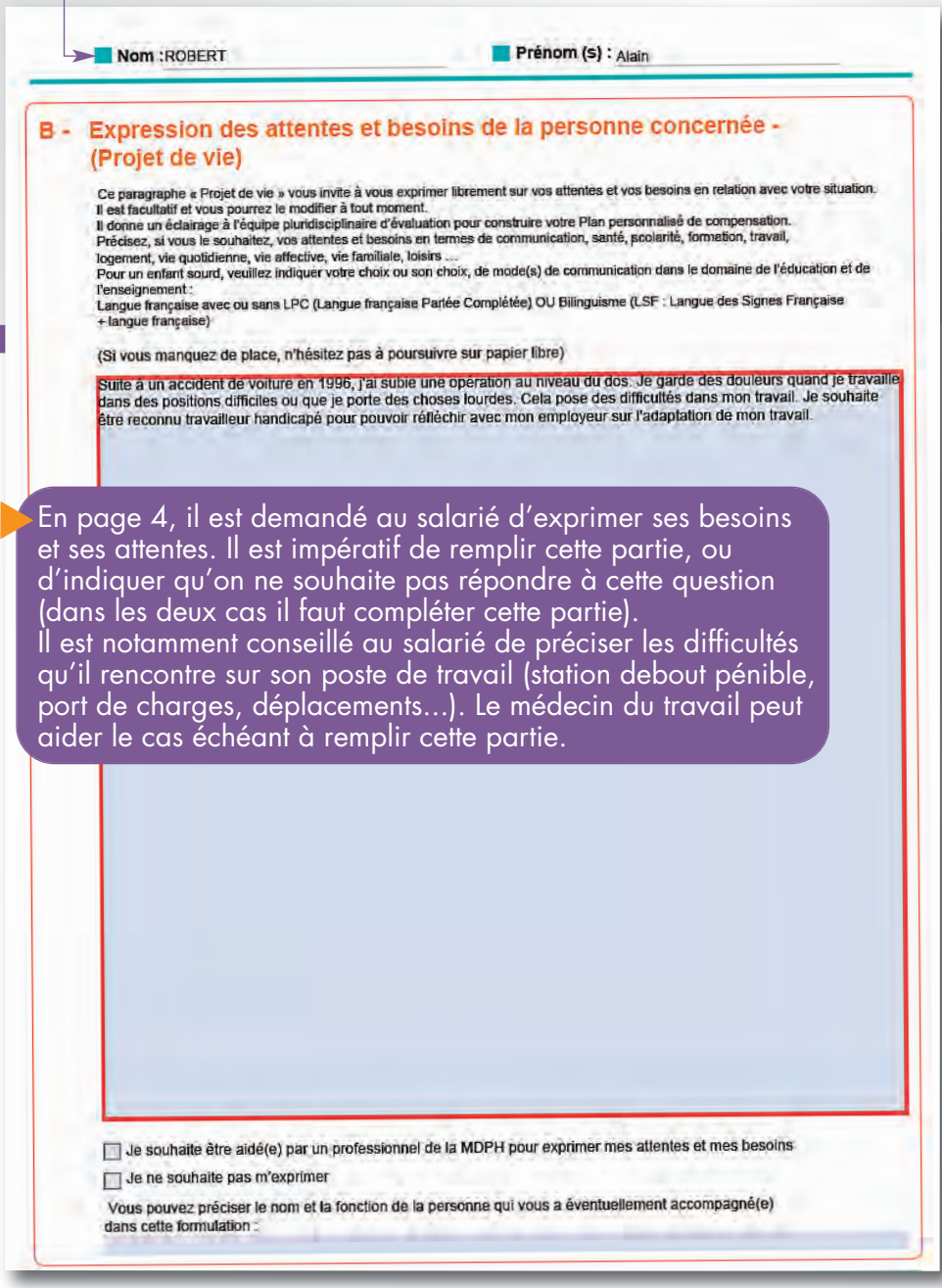
Adresse de l'établissement : N° | Extension | Type de voie | Nom de la voie

Complément | Code postal | Localité

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- ◉ Locataire, sous-locataire ou co-locataire
- ○ Propriétaire ou accédant à la propriété
- ○ Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami....)
- ○ Autres cas, précisez :

Ne pas oublier d'inscrire le nom et le prénom sur chaque page.



Nom : ROBERT Prénom (s) : Alain

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation.
Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.
Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :
Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Suite à un accident de voiture en 1996, j'ai subie une opération au niveau du dos. Je garde des douleurs quand je travaille dans des positions difficiles ou que je porte des choses lourdes. Cela pose des difficultés dans mon travail. Je souhaite être reconnu travailleur handicapé pour pouvoir réfléchir avec mon employeur sur l'adaptation de mon travail.

En page 4, il est demandé au salarié d'exprimer ses besoins et ses attentes. Il est impératif de remplir cette partie, ou d'indiquer qu'on ne souhaite pas répondre à cette question (dans les deux cas il faut compléter cette partie).
Il est notamment conseillé au salarié de préciser les difficultés qu'il rencontre sur son poste de travail (station debout pénible, port de charges, déplacements...). Le médecin du travail peut aider le cas échéant à remplir cette partie.

☐ Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

☐ Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

Ne pas oublier d'inscrire le nom et le prénom sur chaque page.

Nom : ROBERT **Prénom (s) :** Alain

☐ C - Demande d'Allocations d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? ○ Oui ○ Non Depuis le :

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie l'État ou l'aide sociale ? ○ Oui ○ Non

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? ○ Oui ○ Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : ____ heures par semaine

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures.

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ
	Financeurs sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle
	Total	0 €	0 €	

☐ D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

Nom :

Code postal : _____ Commune : _____

Ne pas oublier d'inscrire le nom et le prénom sur chaque page.

Nom : ROBERT **Prénom (s) :** Alain

☐ E - Demande de cartes

- ☐ Carte d'invalidité ou de priorité
- ☐ Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- ☐ Carte européenne de stationnement

☐ F - Demande de prestation de compensation

- ☐ Prestation de Compensation - PCH
  Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)
- ☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- ☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? ○ Oui ○ Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- ☐ Aide humaine
  Précisez :
- ☐ Aide technique, matériel ou équipement
  Précisez :
- ☐ Aménagement du logement / Déménagement
  Précisez :
- ☐ Aménagement du véhicule / surcoût du transport
  Précisez :
- ☐ Charges spécifiques / exceptionnelles
  Précisez :
- ☐ Aide animalière
  Précisez :

☐ G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom :

Adresse

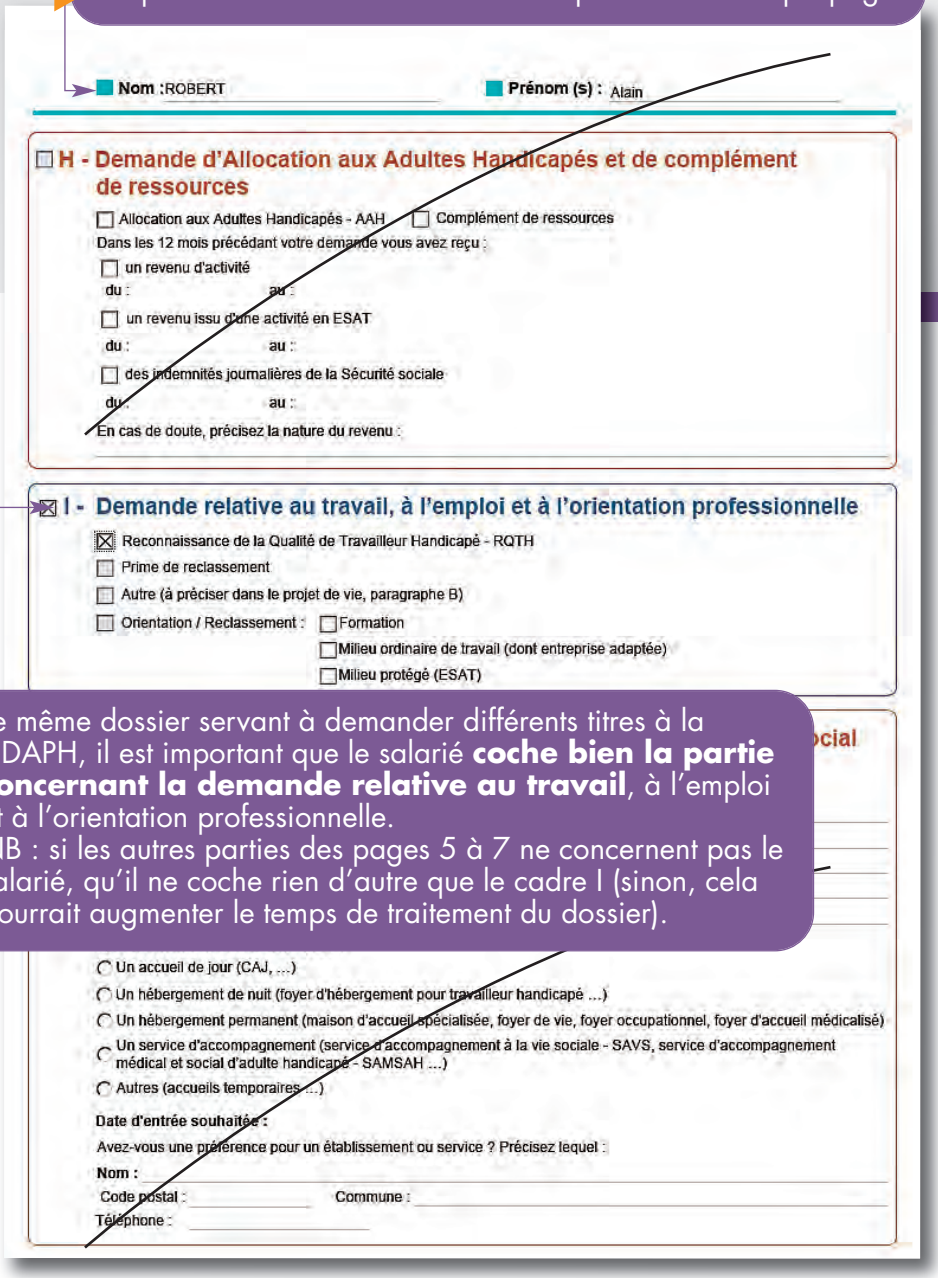
N° Extension Type de voie Nom de la voie

Complément Code postal Localité

Date de naissance : Lien de parenté :

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

Ne pas oublier d'inscrire le nom et le prénom sur chaque page.



Nom : ROBERT Prénom (s) : Alain

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

☐ Allocation aux Adultes Handicapés - AAH ☐ Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

☐ un revenu d'activité
du : au :

☐ un revenu issu d'une activité en ESAT
du : au :

☐ des indemnités journalières de la Sécurité sociale
du : au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

☒ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
☐ Prime de reclassement
☐ Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
☐ Orientation / Reclassement : ☐ Formation
☐ Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
☐ Milieu protégé (ESAT)

Le même dossier servant à demander différents titres à la CDAPH, il est important que le salarié **coche bien la partie concernant la demande relative au travail**, à l'emploi et à l'orientation professionnelle.
NB : si les autres parties des pages 5 à 7 ne concernent pas le salarié, qu'il ne coche rien d'autre que le cadre I (sinon, cela pourrait augmenter le temps de traitement du dossier).

cial

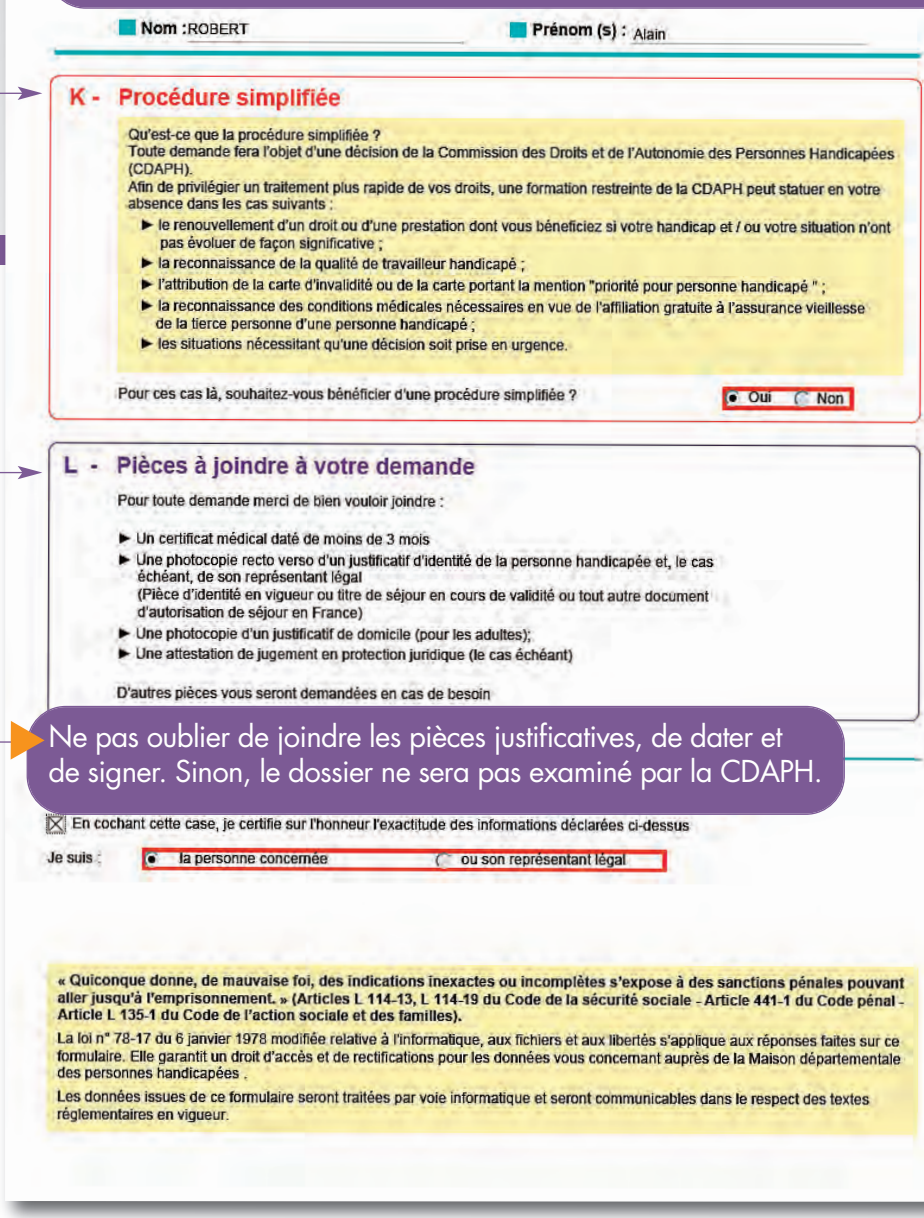
○ Un accueil de jour (CAJ, ...)
○ Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)
○ Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)
○ Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)
○ Autres (accueils temporaires ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom :
Code postal : Commune :
Téléphone :

Pour la plupart des cas de figure, nous conseillons au salarié de **demander la procédure simplifiée**. Son dossier sera alors traité plus rapidement (la CDAPH prend une décision sur la base du dossier qui lui a été transmis. Dans le cas contraire, elle demande à rencontrer le salarié).



Nom : ROBERT Prénom (s) : Alain

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?
Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).
Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évoluer de façon significative ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention "priorité pour personne handicapé " ;
- la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapé ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? ◉ Oui ○ Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal
  (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes);
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives, de dater et de signer. Sinon, le dossier ne sera pas examiné par la CDAPH.

☒ En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus

Je suis : ◉ la personne concernée ○ ou son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Qui vous informe et vous accompagne ?

Le service RH et/ou la Mission Handicap

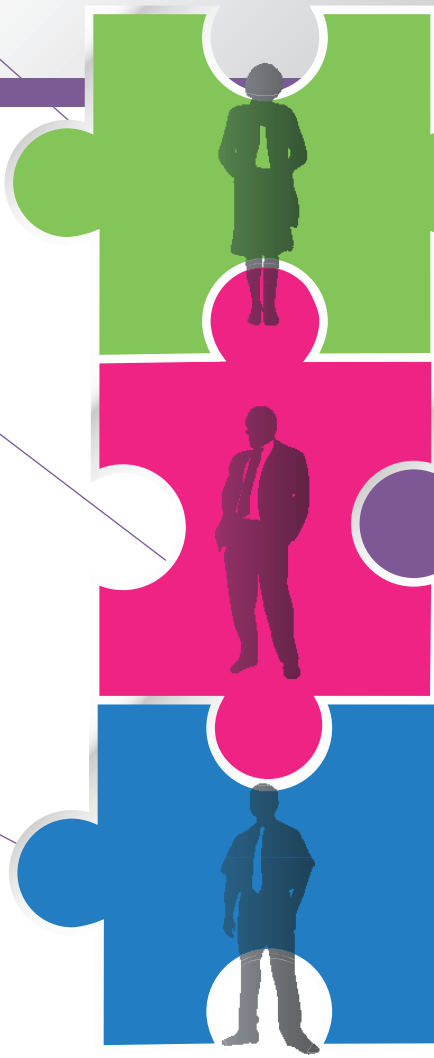
- Conseille sur la démarche de RQTH
- Peut aider au renseignement du document Cerfa
- Alerte sur les fins de reconnaissance

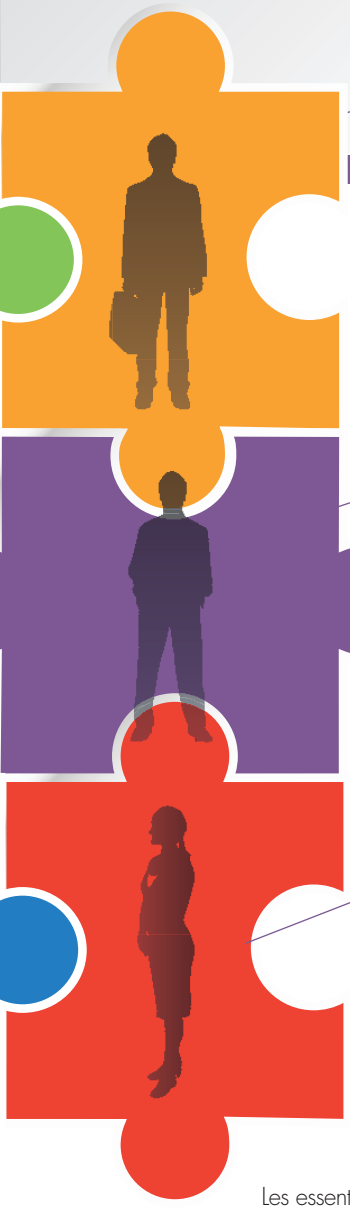
Le manager

- Conseille sur la démarche de RQTH
- Oriente vers les personnes ressources internes ou externes

Les partenaires sociaux

- Conseillent sur la démarche de RQTH
- Orientent vers les personnes ressources





Le médecin du travail

- Conseille sur la démarche de RQTH
- Remplit le certificat médical
- Peut aider au renseignement de l'ensemble du dossier

Le SAMETH
(Service d'appui au maintien des Travailleurs Handicapés)

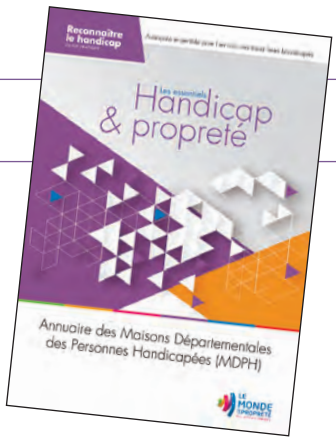
- Intervient lors d'une situation de restriction d'aptitude ou de maintien en emploi
- Mobilise les aides de l'Agefiph
- Est en lien avec le médecin du travail et les services sociaux

L'assistant(e) social(e)

- Conseille sur la démarche de RQTH
- Peut aider à compléter le dossier et à obtenir des aides (notamment pour la vie privée)

Où trouver documents et adresses ?

- En téléchargement libre sur le site : http://vosdroits.service-public.fr/R19993.xhtml
- Auprès du médecin du travail
- Dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées du département de domicile du salarié
- À retirer auprès de la mairie du domicile du salarié
- Dans l'annuaire des MDPH



Reconnaître le handicap
GUIDE PRATIQUE

Les essentiels

Handicap & propreté

Formulaire RQTH
Mode d'emploi

Contact : mission-handicap@fare.asso.fr

Conception et réalisation : Comme Une Image - 01 39 85 21 64

Avec le soutien de agefiph

fare
Pour l'emploi durable
Propreté et services associés

FEP
Fédération des Entreprises de Propreté et Services Associés